



FICHE DE RENSEIGNEMENTS ET DE LIAISON 2018/2019

PHOTO
OBLIGATOIRE

Tout dossier incomplet sera refusé et aucune inscription ne sera prise en compte en garderie, cantine

Tout enfant scolarisé doit impérativement remplir le dossier périscolaire

L'ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON

FILLE

1 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM du PERE :

.....

PRÉNOM du PERE :

.....

ADRESSE :

.....
.....
.....

TÉL. FIXE DOMICILE :

.....

BUREAU :

.....

TEL PORTABLE :

Mail :

.....

NOM de la MERE :

.....

PRÉNOM de la MERE :

.....

ADRESSE :

.....
.....
.....

TÉL. FIXE DOMICILE :

.....

BUREAU :

.....

TEL PORTABLE :

Mail :

.....

2 – ASSURANCE : joindre la photocopie de l'attestation d'assurance établie par vos soins (aucune photocopie ne sera faite en Mairie)

Nom de la compagnie:

N° de police :

3 – VACCINATIONS : tableau ci-dessous à remplir obligatoirement ou **joindre les photocopies correspondantes au carnet de santé, établies par vos soins (aucune photocopie ne sera faite en Mairie)**

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES (JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION)

4 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISMES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ASTHME OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence en ALAE ? Oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants avec un mot autorisant le personnel encadrant à administrer les médicaments.

(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ALLERGIES : MEDICAMENTEUSES oui non AUTRES

ALIMENTAIRES oui non

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS A PRENDRE : (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION)

.....

.....

.....

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....

.....

4 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....
.....
.....

5- AUTORISATIONS

J'autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant à la sortie de l'ALAE.

1 – Nom:	Prénom:	Téléphone:
2 – Nom:	Prénom:	Téléphone:
3 – Nom:	Prénom:	Téléphone:
4 – Nom:	Prénom:	Téléphone:
5 – Nom:	Prénom:	Téléphone:
6 – Nom:	Prénom:	Téléphone:

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à être photographié par l'équipe de l'ALAE oui non

J'autorise à diffuser sa photo sur des articles de presse, sur internet, plaquettes d'information dans le cadre des activités de l'ALAE: oui non

J'autorise mon enfant à être maquillé : oui non

Je soussignée,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

J'autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence, seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ALAE, de la cantine scolaire et en accepte tous les termes.

Fait à CRUSCADES, le _____

Signature du représentant légal (précédée de la mention "lu et approuvé")